UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 94

TRAITEMENT
DE L'ANTHRAX
ET EXTIRPATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1910

PAR

Charles PASSERON

Né à Lantosque (Alp.-Marit.), le 30 août 1883

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Profes.-adj., *Assesseurs*
JEANBRAU Agrégé, *Assesseurs*
SOUBEYRAN, Agrégé, *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

TRAITEMENT

DE L'ANTHRAX ET EXTIRPATION

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 94

TRAITEMENT
DE L'ANTHRAX
ET EXTIRPATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1910

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Charles PASSERON

Né à Lantosque (Alp.-Marit.), le 30 août 1883

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Profes.-adj.,
JEANBRAU, Agrégé,
SOUBEYRAN, Agrégé,

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲)
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants . . .	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.* | JEANBRAU, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *prof.-adj* | SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

CH. PASSERON

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

CH. PASSERON.

TRAITEMENT

DE L'ANTHRAX

ET EXTIRPATION

INTRODUCTION

Le traitement local de l'anthrax a déjà fait le sujet de travaux nombreux et importants. Il nous a paru intéressant d'y revenir pour insister particulièrement sur le procédé de l'extirpation et montrer la valeur de cette méthode relativement peu connue et peu employée, à laquelle les ouvrages classiques ne consacrent que quelques lignes ou reprochent de graves inconvénients.

Nous essaierons d'établir notre thèse sur un certain nombre d'observations, communiquées pour la plupart par M. le docteur Masini, chef de clinique chirurgicale, auquel nous devons l'idée de ce travail et qui eut l'occasion d'extirper avec succès plusieurs anthrax dans le service de M. le professeur Imbert. Nous le remercions bien sincèrement, ainsi que M. Imbert, qui a bien voulu joindre quelques renseignements et quelques conseils.

La plus grande partie de notre étude sera consacrée à l'historique de l'extirpation, à la technique opératoire,

aux avantages, aux indications et contre-indications de la méthode. Nous avons cru bon devoir commencer par une revue des différents autres traitements locaux de l'anthrax, auxquels l'extirpation pourra être ainsi comparée.

Avant d'aborder l'exposé de notre thèse, qu'on nous permette d'adresser notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à notre instruction médicale :

A M. le docteur Matteo, qui, le premier, nous initia à l'examen du malade ; à MM. les Professeurs Laget, Boinet, Oddo, Arnaud ; à MM. les chirurgiens des hôpitaux Roux de Brignoles, Melchior Robert, Louge, Pluyette, à M. le Professeur de clinique obstétricale Guérin-Valmale ; à M. Platon, chargé de cours de gynécologie, dans les services desquels, soit comme externe, soit comme interne, nous avons profité d'un solide et savant enseignement.

Que M. Pieri, chirurgien des hôpitaux, et M. Rouslacroix, médecin des hôpitaux, reçoivent notre profonde gratitude, pour nous avoir préparé au concours de l'internat.

M. le professeur Estor nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui présentons nos plus respectueux remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Nous allons exposer dans ce chapitre, comme nous l'avons dit plus haut les différents traitements locaux de l'anthrax autres que l'extirpation.

Traitement par l'incision

1° *Incision simple.* — Le débridement de l'anthrax par le bistouri est très ancien. Hippocrate y avait recours lorsque le mal était le siège d'une trop grande tension. Ambroise Paré s'en servait également, mais seulement quand l'aposthesme était mûre, de peur, disait-il, d'augmenter la douleur, l'inflammation, la fièvre et rendre l'ulcère malin par une intervention précoce.

L'incision n'intéressait d'abord que la zone centrale de la tuméfaction. Lisfranc apporta une amélioration au procédé opératoire en recommandant de dépasser d'au moins une ligne et demie les limites de la tumeur.

L'incision unique n'en reste pas moins insuffisante contre un anthrax tant soit peu développé. On lui préfère depuis longtemps la double incision en croix.

2° *Incision cruciale.* — Elle est préconisée par Dupuytren : « Il n'y a pas, dit cet auteur, de moyen plus propre pour faire avorter ou du moins pour modérer la vivacité des douleurs et l'intensité de l'inflammation, que de faire de larges incisions qui ont pour effet de débrider les tissus étranglés par le gonflement et de rendre, par conséquent, l'élimination des parties mortifiées plus facile et plus prompte. »

Dans un anthrax du dos, il fait une incision horizontale, divise en deux la moitié supérieure ; le lendemain, les accidents cessent dans cette partie, persistent dans la moitié inférieure. Il divise alors cette partie et les accidents s'arrêtent.

Le procédé est rapidement accepté par de nombreux chirurgiens. Chassaignac partage l'opinion de Dupuytren et pense que l'expectation expose aux plus grands dangers. Reverdin, dans un mémoire sur l'anthrax de la face, dit : « L'incision faite aussi rapidement et aussi largement que possible, paraît être le meilleur moyen de prévenir et quelquefois arrêter la phlébite. » De nos jours, on emploie fréquemment encore ce procédé. J.-L. Faure, dans le « Nouveau Traité de Chirurgie » s'exprime ainsi :

« Si les phénomènes sont sérieux, si la douleur est vive, le gonflement considérable, si l'anthrax semble vouloir gagner, malgré les pansements humides et les pulvérisations antiseptiques, on pourra avoir recours à l'incision cruciale. »

Pour les cas moyens, il croit l'incision au bistouri préférable à l'incision au thermocautère, parce qu'elle est plus rapide et moins douloureuse.

L'opération est facile. Une première incision passe par le centre de la tumeur, dépasse à la périphérie les limites du mal ; elle est profonde, traverse une zone épaisse de

tissus enflammés, augmentés de consistance ; l'opérateur ne s'arrête en profondeur que lorsqu'il a une sensation de résistance vaincue. Sur cette première incision, il en trace une seconde perpendiculaire, ayant les mêmes caractères.

L'intervention rapide peut être conduite sans anesthésie. Les soins post-opératoires sont généralement constitués par les pansements ou les pulvérisations antiseptiques. Certains bourrent la plaie avec de la gaze abondamment chargée de soufre précipité et appliquent par-dessus un pansement recouvert de toile imperméable. Le soufre activerait l'élimination de l'escarre, en limiterait l'étendue.

Miranda a récemment attiré l'attention sur les pansements à la crème de tartre pulvérisée ; la plaie est tamponnée avec de la gaze bouillie imprégnée de ce produit ; les phénomènes généraux s'amélioreraient, paraît-il, rapidement, ainsi que la lymphangite et l'œdème inflammatoire des tissus qui entourent l'anthrax.

L'incision cruciale modère assez bien les douleurs, ouvre le foyer morbide pour faciliter l'issue des bourbillons et favoriser l'action et la pénétration des antiseptiques. Mais il est reconnu qu'elle est impuissante si l'anthrax a tendance à devenir ligneux ou diffus. On peut reprocher en outre au procédé de permettre une résorption dangereuse en créant une plaie saignante au milieu de tissus infectés et mortifiés qui, abandonnés ensuite à une élimination spontanée, alimenteront une suppuration souvent longue et quelquefois très grave pour le malade.

3° *Incisions multiples.* — Velpeau, pour ouvrir une voie plus large au pus, attachait une grande importance aux incisions multiples.

Il les fait étoilées, en tulipe ; leur nombre varie suivant

le volume de l'anthrax et peut aller jusqu'à 14 et 15. « Ces incisions doivent être faites du centre à la circonférence de la partie malade. Il faut, de plus, qu'elles dépassent toute cette circonférence d'au moins deux centimètres et qu'elles comprennent toute l'épaisseur des tissus enflammés. Le travail morbide est presque toujours arrêté à la suite des incisions ainsi pratiquées ». Marjolin, Billroth adoptent cette méthode. Guyon se contente de l'incision cruciale dans les cas ordinaires ; mais quand le gâteau est étendu, il ajoute volontiers des rayons intermédiaires.

Le principal reproche fait à cette méthode est de nuire à la vitalité des lambeaux et de favoriser ainsi la gangrène. Faucon, dans ses Leçons cliniques, dit : « J'ai vu employer cette pratique, j'ai vu des malades mourir, j'ai vu des dégâts énormes, une gangrène étendue de la peau et des cicatrices considérables. »

Pous éviter ce danger, Desgranges fait les incisions parallèles ; il prétend conserver ainsi les bandes de peau qui aident à la cicatrisation et réduisent la perte de substance. En réalité, ces lambeaux ont une base plus étroite que les lambeaux triangulaires des incisions cruciales ou étoilées et ils sont davantage exposés au sphacèle.

4° *Incision circulaire.* — Elle est employée au dix-septième siècle ; elle est conseillée ensuite par Lallement. L'incision embrasse circulairement la base de la tumeur. Les partisans de ce procédé disent faire cesser ainsi l'étranglement, dégorger les vaisseaux sanguins, combattre la marche de l'anthrax. Mais les suites opératoires sont plutôt mauvaises. La partie circonscrite par l'incision se gangrène ; l'élimination en est lente ; le malade garde une plaie infectée qui suppure pendant de longs jours. Le procédé est abandonné.

5° *Scarifications.* — A côté des incisions à ciel ouvert,

on peut placer les scarifications multiples. Dobson les fait avec une lancette sur la surface de l'anthrax et plusieurs fois par jour, dès le début de la maladie. Il diminuerait ainsi la congestion locale, ferait cesser la stase sanguine, favoriserait l'hématose locale, lutterait contre l'hypergénèse des globules blancs et ferait disparaître la suppuration.

Cette confiance dans des incisions superficielles fut rapidement jugée exagérée. L'évolution de l'anthrax n'est guère influencée par les scarifications. Tout au plus peuvent-elles diminuer les douleurs lancinantes. Elles sont tombées dans l'oubli comme traitement de l'anthrax.

6° *Incisions sous-cutanées.* — Elles sont pratiquées pour la première fois en 1844 par J. Guérin, qui fait le broiement sous-cutané de la tumeur avec une sonde à dard. Alphonse Guérin, en 1866, présente à l'Académie de médecine un mémoire sur le traitement de l'anthrax par l'incision cruciale sous-cutanée. Il reproche aux incisions directes d'être fort douloureuses, de déterminer la production de l'érysipèle, la résorption purulente et d'entraîner des cicatrices disgracieuses, et il opère de la façon suivante :

« Plongeant au centre de l'anthrax la lame étroite d'un bistouri droit, je l'insinue aussitôt à plat sous la peau, jusqu'au-delà de la partie tuméfiée, et quand j'ai dépassé cette limite, dirigeant le tranchant vers les parties profondes, j'incise de dehors en dedans, jusqu'à ce que j'ai éprouvé la sensation d'une résistance vaincue. Je pratique trois autres incisions semblables, qui convergent au point par lequel j'ai introduit le bistouri. »

Le procédé est défendu par Gosselin, mais vivement combattu par Velpeau, Michon, Cloquet..., etc. ; Paget déclare qu'il retarde la cicatrisation.

En 1888, Marc Sée revient sur ce traitement et le modi-

fie. Sur la périphérie de l'anthrax, il fait une petite incision avec un ténotome. Puis il coupe sous la peau toutes les brides fibreuses, ouvre toutes les collections purulentes, de manière à transformer l'anthrax en un abcès ordinaire et à faire des lavages phéniqués. L'incision étant très petite, la douleur opératoire est diminuée, les téguments sont ménagés et la cicatrice serait meilleure. Le principal inconvénient du procédé est qu'il ne donne pas une issue facile au pus et aux masses bourbillonneuses, qu'il favorise la résorption. La suppuration est longue, la désinfection de la plaie est difficile.

Traitement par la cautérisation

La cautérisation peut être faite avec les caustiques chimiques, le fer rouge, le thermocautère, le galvanocautère.

L'emploi des caustiques chimiques fut longtemps répandu. Boyer, dans son Traité des maladies chirurgicales, préconise la potasse ou le muriate d'antimoine pour borner le progrès de la gangrène de l'anthrax malin.

Ad. Richard détruit la peau avec 3 à 6 rayons de trois millimètres de pâte de Vienne, à partir du centre de la tumeur jusqu'aux limites de la rougeur. Il applique ensuite sur ces mêmes rayons des lanières au chlorure de zinc pour atteindre le centre du mal.

Polaillon introduit des flèches caustiques de chlorure de zinc dans les cratères de l'anthrax ; tout l'anthrax se transforme ainsi en une vaste escarre, qui s'élimine en laissant une plaie, qui se cicatrise sous les pansements antiseptiques.

Le fer rouge est déjà recommandé par Celse, à Rome. Boyer, Follin l'utilisent dans les formes sérieuses. L'Ecole de Lyon surtout attire l'attention sur ce mode de traite-

ment, et pour Valette, il est le spécifique de l'anthrax, comme le sulfate de quinine est le spécifique du paludisme. « Si vous l'employez à temps et d'une manière convenable, vous arrêtez constamment la marche de l'anthrax. »

Le thermocautère porté au rouge sombre, et manié comme un bistouri, en facilitant considérablement la cautérisation ignée, augmente rapidement le nombre des partisans de cette méthode. Reclus et Forgue ouvrent avec cet instrument tous les foyers de l'anthrax diffus. Terrier préfère le thermocautère au bistouri dans les cas de diabète. J.-L. Faure, dans le Nouveau Traité de Chirurgie, s'exprime ainsi : « Si l'anthrax est de la pire espèce, s'il gagne et envahit, si les phénomènes généraux sont graves, il faudra employer les grands moyens et agir avec énergie. On endormira le malade, on labourera le foyer du mal avec le platine rouge. Il ne saurait être ici question de cicatrice ultérieure. Avant tout, c'est la vie du malade qu'il faut sauver. Il faudra largement ouvrir tous les points où s'accumulent le pus et les bourbillons. Il faudra surtout circonscrire le mal et ne pas craindre de dépasser les limites de la zone envahie. Les pointes de feu profondes font ici merveille. Si elles ne suffisent pas, ce qui est rare, on peut surtout, vers le centre de la tumeur, creuser au fer rouge de véritables sillons rayonnant du centre vers la périphérie, et dont l'action est encore plus énergique. »

Quenu se sert du galvanocautère. Avec cet instrument, il fait une incision cruciale au centre de l'anthrax puis, par cette plaie, il décolle la peau tout autour de la lésion à l'aide d'une incision périphérique sous-cutanée.

Les avantages de la cautérisation sont d'éviter les hémorragies par l'oblitération des vaisseaux sectionnés, de diminuer, par suite, les chances de résorption des produits

infectieux, de combattre, d'une façon plus efficace que l'incision au bistouri, l'extension de l'inflammation.

Les caustiques chimiques sont abandonnés ; leur action est trop lente ; l'opérateur ne peut en limiter à son gré l'étendue des effets ; des thromboses consécutives à leur emploi exposent à des embolies ; quelques caustiques entraînent des accidents d'intoxication ; la plupart constituent un traitement très douloureux.

La thermocautérisation, par contre, est encore, pour la majorité des chirurgiens, le traitement de l'anthrax le plus énergique. Aux avantages des caustiques chimiques, elle ajoute l'influence très favorable de la chaleur sur les tissus malades et la destruction d'un grand nombre de microbes.

La méthode a cependant des inconvénients. Elle est encore bien douloureuse et lente ; la lame du thermo ne progresse que difficilement dans les tissus indurés et ligneux ; 20 à 30 minutes sont nécessaires pour un anthrax un peu volumineux ; l'anesthésie générale est indispensable ; la lame du thermocautère crée sur son passage de part et autre de l'incision, des escarres dures qui retardent l'issue du pus et l'action des antiseptiques. Dans les formes malignes, la thermocautérisation est souvent insuffisante ; dans les formes moyennes, elle est suivie d'une cicatrisation lente et d'une cicatrice disgracieuse et irrégulière.

Incision et cautérisation

La cautérisation associée à l'incision est une pratique assez vieille propagée surtout par l'Ecole de Bordeaux, et employée encore aujourd'hui par certains chirurgiens.

Boinet incise à la manière de Velpeau, puis se sert de flèches de pâte de Canquoin.

Cabanellas cautérise avec le nitrate acide de mercure. Denucé fait des incisions multiples et verse du perchlorure de fer.

Sibileau traite les anthrax de la lèvre supérieure de la façon suivante : avec une curette, il gratte l'anthrax comme un abcès tuberculeux ; il badigeonne ensuite la région avec une solution de chlorure de zinc au cinquantième.

Le Dentu incise largement et profondément les anthrax durs, soit au bistouri, soit au thermocautère, et touche les surfaces saignantes avec la teinture d'iode.

La cautérisation précédée de l'incision a l'avantage d'être plus rapide que la cautérisation chimique simple, mais elle en a tous les autres inconvénients ; on doit cependant attacher une certaine valeur à l'emploi de la teinture d'iode.

Expectation

Elle peut être systématique. Gosselin, Desprès, en France, Paget en Angleterre, s'abstiennent de toute intervention chirurgicale. « L'intervention est inutile ou dangereuse, dit Desprès ; inutile parce que les incisions, même multiples, ne vident pas les innombrables petits foyers de l'anthrax et ne sauraient hâter la guérison, dangereuse parce qu'on s'expose aux hémorragies, à l'érysipèle, à la phlébite ». Malheureusement, la statistique qu'il donne n'est pas favorable à son opinion ; la mortalité est de 1 sur 8.

L'expectation armée a de plus nombreux partisans. Verneuil ne débride avec le thermocautère que lorsque les douleurs ne cèdent pas aux pulvérisations et que si la tumeur gagne toujours par sa circonférence. Reclus trouve qu'on a avantage à une sage abstention, car la nature est

plus avare que le thermocautère et détruit moins de peau ; la cicatrisation est plus rapide.

Pour diriger l'évolution de l'anthrax et soulager le malade, les partisans de l'abstention simple ou de l'expectative armée emploient les moyens les plus divers, qu'il serait fastidieux d'énumérer tous.

Pommade mercurielle belladonée, sangsues, vésicatoire, compression, etc... ont eu leur moment de vogue. Les cataplasmes de farine de lin ont été remplacés par les pansements humides antiseptiques. Les pulvérisations de solutions phéniquées soulagent souvent la douleur, favorisent l'élimination des tissus mortifiés et font une assez bonne désinfection. L'emploi, il est vrai, n'en est pas toujours possible, car il nécessite un outillage spécial, oblige le malade à garder la chambre et à se tenir pendant de longues heures dans la même position. Les pulvérisations complètent plutôt les autres procédés chirurgicaux.

Les Allemands appliquent volontiers la méthode de Bier. Une ventouse en verre, se continuant par un tube en caoutchouc ajusté à une poire aspiratrice recouvre la tuméfaction et fait le vide pendant cinq minutes. La manœuvre est répétée pendant 3/4 d'heure, avec des intervalles de repos de trois minutes. Les injections de solutions aqueuses ou huileuses d'acide phénique au dixième, d'acide phénique pur liquéfié, de sublimé au centième, de teinture d'iode ont donné quelques résultats au début d'un petit anthrax. Elles nous paraissent avoir une action trop limitée pour qu'on puisse y accorder une grande confiance.

CHAPITRE II

EXTIRPATION

Historique

L'idée d'extirper les anthrax n'est pas bien nouvelle. L'extirpation est déjà conseillée au dix-septième siècle comme moyen de borner la gangrène de certains anthrax envahissants.

En Angleterre, Backley incise les tissus enflammés et excise ensuite aux ciseaux toutes les parties malades.

En 1865, à la Société de Chirurgie, Broca revient sur l'extirpation et propose d'extirper certains anthrax comme une tumeur maligne.

« Il y a longtemps, dit-il, que frappé de la gravité de certains anthrax, j'ai eu la pensée qu'il conviendrait peut-être de se comporter à leur égard comme pour les tumeurs malignes, de les extirper ou de les détruire. Cela deviendra peut-être la chirurgie rationnelle. Si je n'ai pas encore obéi à mon idée, c'est qu'il est bien difficile de prévoir ce que deviendra un anthrax donné ». Broca n'a donc envisagé que les anthrax diffus contre lesquels les incisions sont insuffisantes.

« L'anthrax, ajoute-t-il étant primitivement une maladie des cavités glandulaires cutanées, on a beau dépasser par les incisions les glandules cutanées, on n'en voit pas moins l'inflammation cheminer de proche en proche. C'est

pour cela qu'il semblerait avantageux d'enlever la partie malade en dépassant les limites ». Trélat admet l'extirpation pour les anthrax envahissants. Begin, Hardi, de Dublin, partagent l'opinion de Broca.

Malgré ces jugements favorables, on hésite à employer le procédé. L'extirpation est considérée comme un acte opératoire grave, qui nécessiterait l'anesthésie générale. Un individu cachectisé ne la supporterait pas. La perte de substance qui lui succèderait serait très large et mettrait un temps considérable pour se combler ; l'inflammation s'étendrait peut-être au-delà de la partie enlevée.

En 1881, L. Labbé, à la Société de Chirurgie, au cours d'une discussion sur l'anthrax, se déclare partisan de l'extirpation des formes ligneuses ; dans ces cas, les tissus lardacés lui paraissent trop durs pour être incisés au bistouri et l'incision ne donnerait issue qu'à quelques gouttelettes de pus.

« Il y a des anthrax qu'on peut appeler à juste titre ligneux, à cause de leur extrême dureté. Ceux-là résistent au bistouri. La lame les entame à peine et n'y fait que des entailles insuffisantes. J'en ai vu plusieurs de cette espèce et j'en ai enlevé totalement trois. Sur la tranche de l'un d'eux, que j'ai montré à mes élèves à l'hôpital, tout de suite après l'extirpation, on voyait à peine quatre à cinq petits bourbillons : il provenait de la nuque d'un confrère, dont la situation semblait tout à fait désespérée. Ayant remarqué que de grandes incisions ne donnaient issue ni à du pus, ni à de la sérosité, je me décidai à faire l'ablation de l'anthrax en son entier et je vis très rapidement cesser les phénomènes alarmants auxquels ce moyen radical pouvait seul mettre fin. Ces sortes de tumeur ont si peu de tendance à s'éliminer spontanément, que les forces des malades n'y suffiraient pas. La

méthode de l'extirpation est donc la seule qui convienne. J'ai tellement foi aujourd'hui dans cette méthode, après l'avoir mise en pratique trois fois, que je me reproche presque de ne pas en avoir fait bénéficier certains malades, qu'elle aurait pu sauver. »

La même année, Lefort raconte qu'il a vu, en Russie et en Allemagne, des chirurgiens enlever l'anthrax à la curette après l'avoir incisé. Lui-même s'est bien trouvé d'avoir employé la méthode.

Second admet qu'il faut extirper certains anthrax à la manière de Broca.

Monod extirpe quelquefois la tumeur après l'avoir divisée en quatre fragments ; il constate que cette manière de faire amène plus rapidement la guérison.

Basy extirpe les anthrax durs de consistance ligneuse.

Delaunay enlève aussi le foyer infectieux. Il fait une série d'incisions venant tomber perpendiculairement sur une première incision longitudinale parcourant toute la longueur de l'anthrax et entamant même largement le tissu sain environnant. Il crée ainsi une série de lambeaux cutanés, qu'il curette comme le fond de l'anthrax, largement et complètement. Après avoir cautérisé partout, il rabat les volets de la peau, qui se cicatrisent rapidement.

Lannelongue applique l'extirpation aux larges anthrax de la nuque, qui surviennent chez les personnes en état de déchéance organique et entraînent souvent la mort, malgré les incisions au bistouri ou au thermocautère.

Il opère ainsi un grand nombre d'anthrax, dont quelques-uns d'un pronostic très sombre ; ses malades guérissent parfaitement.

Reboul, de Nimes, excise volontiers les anthrax. L'extirpation lui paraît indiquée non seulement contre les anthrax ligneux, mais encore contre les anthrax petits et moyens ;

elle constitue un traitement des plus énergiques contre ceux de la face, de la lèvre supérieure, dont les complications mortelles sont toujours à redouter.

Lœwy, Peraire, de Paris, se déclarent satisfaits de la méthode, ainsi que Melchior Robert.

A l'étranger, l'extirpation a d'assez nombreux partisans : Hutton, Johnson, Parker, Rushton, en Angleterre ; Mac-Kenna à Melbourne ; Mammack en Amérique ; le professeur Riedel, de Iéna, recommande de pratiquer dans chaque cas d'anthrax et aussitôt que possible l'excision complète de la tumeur. D'après lui, l'extirpation peut réduire à zéro la mortalité, même chez les sujets âgés et diabétiques.

TECHNIQUE OPERATOIRE DE L'EXTIRPATION

Il y a deux principaux procédés opératoires utilisés pour l'extirpation de l'anthrax :

L'extirpation complémentaire de l'incision, simple, cruciale ou multiple.

L'extirpation totale.

I. — Extirpation complémentaire de l'incision

On se sert le plus souvent de l'incision cruciale. Voici la technique décrite par Lœwy, élève de Lannelongue. Soit un anthrax de la nuque, cas le plus fréquent.

Le malade est couché sur le côté droit et anesthésié au chloroforme. La région est nettoyée à la brosse et au savon, à l'éther, à l'alcool, au sublimé.

Une première incision verticale dépasse de un à deux centimètres la région infiltrée ; en profondeur, le bistouri est enfoncé de deux centimètres. Une deuxième incision horizontale dépasse largement aussi la région infiltrée. On a ainsi quatre lambeaux triangulaires, dont les sommets correspondent au centre de la tumeur. On dégage par quelques coups de bistouri les sommets des quatre angles, de la masse sous-jacente de l'anthrax et on les saisit solidement par quatre pinces de Kocher. On dissèque alors chacun des lambeaux de peau ainsi amorcés d'une épais-

seur de quatre millimètres environ. Ces quatre lambeaux triangulaires, à base excentrique, sont réclinés par l'aide et on découvre la masse anthracoïde, divisée en partie par l'incision cruciale du début.

Une pince de Museux saisit profondément le premier segment triangulaire de la masse malade ; on extirpe cette portion avec le bistouri, qui doit arriver en tissus sains. Les artères sont pincées. On pratique de même l'extirpation des trois autres segments. Le doigt vérifie si tous les tissus malades ont été enlevés ; il faut pour cela qu'il ne rencontre que des tissus souples. Les tissus indurés qui restent sont enlevés avec les ciseaux courbes.

Pendant que l'aide comprime avec une compresse une moitié de la plaie pour empêcher le suintement de sang en nappe, on promène le thermocautère sur l'autre moitié de la plaie, sur la face interne des lambeaux cutanés, les bords de ces lambeaux, pour faire de la désinfection et empêcher la résorption des produits toxiques.

On pratique alors les ligatures avec le catgut n° 2, que passe l'aiguille de Reverdin. L'autre moitié de la plaie est traitée de la même manière. On lave ensuite avec un bock contenant du permanganate de potasse à 1/2000 ou de l'eau oxygénée. On enlève les quatre pinces ; on met une mèche sous les lambeaux droits, une autre sous les lambeaux gauches. On termine par un pansement avec des compresses trempées dans une solution phéniquée à 1/400, que recouvre de l'ouate hydrophile et du taffetas gommé. L'opération a duré en moyenne trois quarts d'heure.

Reboul fait l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Il se sert suivant les cas de l'incision rectiligne, elliptique ou cruciale. Les lambeaux cutanés sont disséqués et réclinés jusqu'au-delà de la limite de la partie infectée. La tumeur inflammatoire est excisée en même temps qu'une

zone de tissu cellulaire et d'aponévrose qui entoure l'anthrax. Après avoir placé un drain à la partie déclive, il suture entre eux et sur la plaie les lambeaux par des points profonds et superficiels et il a pu obtenir la réunion *per primam* pour des anthrax traités tout à fait au début.

Lorsque l'anthrax est volumineux, il fait une longue incision dans le grand axe de la tuméfaction, et sur cette incision, il fait tomber plusieurs autres incisions verticales. Après avoir réséqué les tissus anthracoïdes et touché les tissus à l'eau oxygénée, il réapplique les lambeaux sur les tissus profonds et les maintient par le pansement.

Riedel fait quatre incisions convergentes en croix, dont chacune commence loin de la peau saine et s'arrête à la limite de la tumeur visible extérieurement ; il réunit leurs extrémités internes par une incision circulaire ou ovalaire circonscrivant le sommet de la tumeur. Il a ainsi quatre lambeaux, qu'il dissèque et qu'il écarte pour enlever la tumeur. Il panse ensuite avec la gaze iodoformée.

II. Extirpation totale

Pour supprimer d'une façon plus complète et plus rapide le foyer infectieux, M. Masini s'est servi de l'extirpation totale d'emblée.

La région est nettoyée le mieux possible. L'emploi de la teinture d'iode est avantageux.

L'opération n'ayant qu'une durée moyenne de deux à trois minutes, l'anesthésie générale est faite généralement au kélène.

Si l'anthrax est petit ou si l'état du malade contre-indique l'anesthésie générale, on peut se servir de l'anesthésie locale et avec une solution de cocaïne ou de stovaïne, faire une bague anesthésique qui entoure la tuméfaction.

Premier temps. — On fait une incision circulaire, profonde, circonscrivant l'anthrax. Cette incision doit être tracée en région saine, en dehors des limites de la zone infectée ; celle-ci s'étend le plus souvent, au début, à un demi-centimètre ou un centimètre au-delà de la partie malade apparente et on est renseigné sur son étendue par la palpation.

Deuxième temps. — Avec le bistouri, en s'aidant des ciseaux courbes, on détache la masse anthracoïde des tissus environnants, en ayant soin de se tenir toujours au-delà de la zone infiltrée. Les vaisseaux importants sont pincés au fur et à mesure qu'ils sont sectionnés.

Troisième temps. — On se rend compte que tout l'anthrax a été extirpé, que la pression sur les lèvres de l'incision ne fait pas sourdre du pus, qu'il ne reste pas de tissus indurés. Avec le bistouri et les ciseaux courbes, il faut enlever tous les tissus malades qui peuvent rester. On ligature les vaisseaux pincés avec du catgut, en se servant de l'aiguille de Reverdin. On tarit le suintement en nappe par une bonne compression.

On termine par un pansement à l'eau oxygénée un peu serré, qu'on renouvelle les jours suivants.

La perte de substance bourgeonne rapidement comme une plaie normale. La cavité est comblée par les bourgeons charnus vers le dixième jour en moyenne.

On peut laisser la cicatrisation évoluer spontanément, ne l'aider que par des attouchements au crayon de nitrate d'argent.

Si l'anthrax était gros, si la perte de substance qui succède à l'extirpation est considérable, il est préférable d'accélérer la terminaison de la cicatrisation par l'emploi des greffes d'Ollier-Thiersch ; on y aura recours cinq à six jours après l'opération, lorsque la plaie commence à bourgeonner.

AVANTAGES DE L'EXTIRPATION

I. Arrêt dans la marche de l'anthrax

Le plus souvent, l'anthrax est circonscrit ; la tuméfaction, après avoir atteint le volume d'un gros œuf de poule, présente des ulcérations qui déversent à l'extérieur les bourbillons, le pus, puis l'inflammation régresse.

Chez les personnes en état de déchéance organique, ou quelquefois sans cause connue, et on ne sait jamais au début d'un anthrax quelle en sera l'évolution, la tuméfaction peut ne pas se limiter ; elle s'étend progressivement ; elle devient de consistance ligneuse, forme un large plastron induré de couleur rouge violacée, s'accompagne de phénomènes généraux graves. D'autres fois, de préférence chez les diabétiques, la gangrène prédomine, le sphacèle s'étend, produit des dégâts considérables.

On a vu des anthrax atteindre 25, 30 centimètres de diamètre, occuper toute la face postérieure du cou, d'un acromion à l'autre, ulcérer la paroi abdominale et donner issue à l'intestin, mettre à nu l'occipital et déterminer une méningite mortelle.

Un traitement énergique doit être opposé d'urgence. Les incisions sont insuffisantes. Elles permettent bien d'évacuer une collection purulente, mais aussi nombreuses qu'on pourra les faire, elles n'ouvriront jamais tous les foyers pilo-sébacés et n'empêcheront pas les appareils

glandulaires voisins de s'infecter de proche en proche.

La cautérisation avec les caustiques chimiques ou avec le thermocautère peut être plus efficace, à condition de comprendre toute la masse malade ; mais elle transforme celle-ci en une vaste escarre, dont l'élimination sera lente, et qui favorisera une suppuration dangereuse ; l'extirpation est plus rapide, plus sûre, puisqu'elle enlève tout le mal à sa racine, et elle ne présente pas ces graves inconvénients.

Une observation de Lannelongue, que nous reproduisons à la fin de notre travail, concerne un anthrax diffus de la face ; les incisions n'arrêtent pas le mal dans son extension ; l'extirpation est suivie de succès.

Les observations communiquées par M. Masini ne contiennent pas de cas semblables. Il y a tout lieu de penser cependant que l'extirpation totale doit donner les résultats les plus sûrs, et doit supprimer les craintes de voir l'inflammation continuer à gagner au-delà de la partie enlevée.

II. Suppression plus rapide des douleurs

Les douleurs de l'anthrax sont généralement très pénibles. Elles sont constituées d'abord par une sensation de prurit intense, puis par un élancement incessant, une cuisson insupportable ; il semble qu'un charbon rougi soit appliqué sur la région atteinte. Ces douleurs augmentent avec la tuméfaction, tant que la peau, tendue, n'est pas perforée par les ulcérations. Elles entraînent des troubles fonctionnels variables. Lorsque l'anthrax siège au cou, la tête est immobilisée sur le tronc ; l'anthrax de la paroi abdominale empêche les efforts, la défécation ; celui du thorax gêne la respiration. Les an-

thrax ligneux à poussées successives s'accompagnent particulièrement de souffrances. Le malade est privé de sommeil et de repos. Les longues nuits d'insomnie contribuent à son épuisement.

Les incisions au bistouri ou au thermocautère apportent un soulagement dans beaucoup de cas ; dans de nombreux cas également, elles peuvent ne pas agir ou agir très lentement.

Après l'extirpation, au contraire, les résultats ne se font pas attendre ; le sommeil et le calme réparateurs reviennent rapidement ; le malade éprouve un bien-être véritable et recouvre en grande partie la liberté de ses mouvements peu de temps après l'ablation des tissus enflammés.

III. Cessation des phénomènes généraux. Chute de la température

Les anthrax ordinaires s'accompagnent généralement de courbature, de céphalalgie, de malaise général, d'anorexie ; la température est souvent à 39 ou 40 degrés. Ces symptômes ne tendent à disparaître qu'avec l'atténuation du processus local, c'est-à-dire au bout de plusieurs jours.

Quelquefois, le tableau est plus grave, par exemple lorsqu'il s'agit d'anthrax diffus, ligneux, ou lorsque le malade offre une résistance affaiblie par l'âge, une maladie antérieure, le diabète particulièrement. Le sujet est intoxiqué ; il a de l'agitation, du délire ; il se plaint d'une céphalalgie violente ; dans certains cas, la torpeur et la somnolence prédominent. La langue est sèche ; il y a de la diarrhée ; les urines sont rares ; le pouls est rapide et mou ; la respiration devient anxieuse ; le teint est jaune;

il y a de l'hyperthermie ou de l'hypothermie ; celle-ci, plus fréquente chez les diabétiques, peut encore succéder à l'hyperthermie et apparaître avec le coma terminal.

Phénomènes généraux et température disparaissent après l'extirpation. C'est la constatation la plus nette qu'on puisse faire après l'opération. La source de l'intoxication et de l'infection est, en effet, supprimée.

Les observations que nous a communiquées M. Masini sont très probantes. Dès le lendemain de l'intervention, les malades, qui présentaient la veille 39 à 40 degrés de fièvre, ont leur température à 37 degrés, et continuent à se maintenir à la normale d'une façon régulière.

L'action énergique de l'extirpation sur les phénomènes généraux est également bien démontrée par les observations de Lannelongue. Dans des cas tout à fait graves, où on n'osait plus espérer, l'extirpation a été suivie de succès.

Les autres moyens de traitement ne donnent pas les mêmes résultats. Dans les formes malignes, le bistouri et le thermocautère sont impuissants. Dans les formes ordinaires, ils ne donnent que des améliorations lentes. La fièvre persiste ou ne s'amende que progressivement. Le malade continue, en effet, à être porteur d'une plaie dans laquelle les staphylocoques et les autres microbes apparus secondairement, résistent aux antiseptiques et se développent, favorisés par ce milieu de tissus mortifiés ou en voie de mortification.

IV. Supression des complications

Les complications de l'anthrax sont écartées par l'extirpation. Celle-ci, surtout lorsqu'elle est totale, en transformant une plaie éminemment septique en une plaie aseptique, prévient bien des dangers.

Les traînées de lymphangite qui partent de la tuméfaction et aboutissent aux ganglions tributaires, disparaissent après l'intervention, qui empêche aussi l'infection de se propager au tissu cellulaire environnant et d'y créer des nappes de pus et des décollements étendus.

La phlébite intracrânienne et la méningite, toujours à redouter au cours d'un anthrax de la nuque ou de la face, paraissent devoir être certainement écartées par l'extirpation, qui enlève le foyer de contamination. C'est un avantage considérable, car il est reconnu que les incisions et les cautérisations ne donnent pas de garantie contre ces terribles complications. Malgré le bistouri et le thermo, on signale, en effet, des anthrax de la face ou de la nuque qui conduisent à une issue fatale après avoir provoqué un délire et une céphalalgie intenses, des convulsions, de l'exophtalmie, et le coma.

La même intervention soustrait le malade à la résorption dangereuse, qui se fait au niveau de la masse sphacélée et suppurante, constituée par l'anthrax abandonné à son évolution ou traité par les procédés ordinaires ; elle met ainsi à l'abri de complications secondaires, fièvre hectique, néphrite, érysipèle, broncho-pneumonie, auxquelles sont particulièrement exposés les diabétiques et les vieillards, et qui peuvent entraîner la mort.

V. Guérison plus rapide

La durée de l'anthrax dépend surtout de son volume ; un petit anthrax, d'après Desprès, exige au moins trois semaines pour se cicatriser. Un anthrax de volume moyen demande deux mois. On voit souvent la guérison ne se faire qu'au bout de cinq à six mois.

Les incisions au bistouri, le débridement au thermo-

cautère ne diminuent pas cette durée ; pour certains auteurs même, ces traitements retardent la cicatrisation. Ils laissent, en effet, tout entière la plus longue période de l'évolution de l'anthrax, la période d'élimination et de détergement. Plusieurs jours sont nécessaires pour que les parties sphacélées se détachent, que la suppuration se tarisse, que des bourgeons vivaces apparaissent ensuite dans la plaie atone, aux bords bleuâtres, amincis, décollés. Dans les formes ligneuses, dit Labbé, les forces du malade n'y suffisent pas.

L'extirpation abrège la guérison, en remplaçant d'un coup une surface enflammée, sphacélée, par une plaie ordinaire, qui se comble normalement et avec une rapidité quelquefois étonnante, due en partie à l'amélioration de l'état général.

Les résultats sont excellents avec l'extirpation totale, qui ne laisse pas, comme l'extirpation complémentaire, des lambeaux de peau indurés, de peu de vitalité, voués en partie au sphacèle, dont la désinfection exige de fréquents et nombreux pansements antiseptiques.

Les malades opérés par M. Masini et M. Imbert guérissent au bout de vingt-cinq jours en moyenne. Cette durée peut être encore réduite par l'emploi des greffes d'Ollier-Thiersch. Ces greffes ne pouvant être faites que sur une plaie aseptique, le procédé de l'extirpation totale permet d'y avoir recours plus tôt que les autres. Dans une de nos observations, elles furent pratiquées ; elles ne prirent pas en totalité ; le malade en retira cependant un bénéfice notable. Il est possible, en s'en servant après l'extirpation totale, de guérir en quinze jours environ un anthrax de l'étendue de la paume de la main qui, traité par les autres méthodes, met une quarantaine de jours pour se cicatriser.

La cicatrice est généralement un peu plus étendue que celle qui est obtenue différemment ; mais elle n'est pas plus disgracieuse ; elle n'a pas la coloration brunâtre, et n'est pas déprimée et entourée par des tissus indurés, comme les autres cicatrices d'anthrax ; elle est plus régulière et plus souple. Après l'extirpation complémentaire, elle peut être presque insignifiante, si on a opéré de bonne heure.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'EXTIRPATION

Les indications et contre-indications de l'extirpation sont fournies par le volume de l'anthrax, le siège et la période d'évolution du mal, l'état général du malade.

Volume de la tumeur

Les adversaires de l'extirpation objectent volontiers que le procédé crée une vaste perte de substance, un grand délabrement. Les observations que nous donnons répondent à ce reproche. Les anthrax extirpés par Lannelongue et Lœwy appartiennent aux formes envahissantes et sont d'une étendue respectable ; certains occupent toute la nuque, et ces auteurs sont d'avis que l'extirpation constitue le traitement de choix des anthrax larges malins.

Il est vrai qu'ils conservent les lambeaux de peau non sphacélés qui recouvrent l'anthrax, et que ces lambeaux, réappliqués sur la surface cruentée, diminuent l'étendue de la plaie. L'extirpation totale n'offre pas les mêmes ressources, la partie enlevée est plus grande. Pourtant, M. Imbert et M. Masini ont appliqué ce procédé à des anthrax dont l'étendue dépassait celle d'une paume de main, et les résultats ont été des plus favorables. Les greffes d'Ollier-Thiersch peuvent d'ailleurs compenser

l'augmentation de la perte de substance. Il faut une étendue de l'anthrax considérable pour contre-indiquer l'extirpation totale ; on ne s'en servira pas si la plus grande partie du cou, par exemple, est prise. Mais ces cas sont rares. On recourra alors aux procédés de Labbé, de Lannelongue, de Reboul.

Doit-on extirper les petits anthrax ?

Beaucoup estiment que l'opération est dans ces cas disproportionnée au mal. Reboul n'est pas de cet avis. Il n'y a évidemment pas de contre-indication absolue à intervenir pour ces formes. L'intervention peut même être commandée par les phénomènes généraux et les complications. Nous croyons cependant qu'il vaut mieux s'abstenir dans la majorité de ces cas, qui évoluent rapidement vers la guérison, et ne produisent que peu de gêne et de réaction générale.

Siège de la tumeur

Le siège le plus fréquent de l'anthrax est à la nuque et au dos. Ces régions se prêtent bien à l'extirpation. L'opération y est facile, sans danger. On peut inciser sans léser des vaisseaux ou des nerfs importants ; on n'est pas limité par la crainte de créer des pertes de substances étendues et difformes.

Les anthrax opérés par MM. Imbert et Masini siégeaient dans ces régions.

L'intervention est plus difficile, plus longue, pourrait être dangereuse, lorsque la partie malade siège au voisinage d'un paquet vasculo-nerveux. Dans une observation de Lannelongue, l'anthrax était à l'aisselle ; elle exigea une dissection des gros vaisseaux de cette région. Ce n'est pas là une complication qui doive faire reculer un chirur-

gien prudent. Avec du soin et des connaissances anatomiques, on évite de blesser les organes importants.

Les opinions sont partagées lorsque l'anthrax siège à la face.

Lannelongue, Lœwy, Reboul se sont servis de l'extirpation dans ces cas. Voici ce que dit Reboul :

« Tous ceux que j'ai opérés dataient de trois, quatre, cinq et même huit jours ; leur sommet était donc criblé de cratères en suppuration. Des traînées de lymphangite ou de phlébite indiquaient la gravité et la diffusion de l'infection. Par une incision elliptique, j'ai excisé tout l'anthrax, y compris le centre cutané sphacélé perforé avec grand soin, j'ai cherché à arriver jusqu'aux tissus sains, enlevant secondairement les fragments de tissus anthracoïdes ou simplement indurés qui avaient échappé à ma première excision. Après détergement et après avoir fait les ligatures nécessaires, je n'ai pas cherché à rapprocher immédiatement les lambeaux cutanés ; j'ai laissé dans la plaie un tampon d'ouate ou de gaze imbibée d'eau oxygénée. L'induration, la lymphangite et la phlébite ont très rapidement disparu, ainsi que la céphalalgie, la douleur et la fièvre. J'obtenais une bonne et esthétique cicatrice. »

L'extirpation totale n'a pas été appliquée à des anthrax de la face. M. Masini pense qu'elle y peut donner de bons résultats. Pour nous, il semble qu'elle est contre-indiquée dans ces cas, et qu'on ne doit y avoir recours que lorsque la vie du malade est seule en cause, la méthode constituant alors le traitement le plus énergique.

Stade d'évolution de l'anthrax

A quel moment convient-il d'opérer ? Sans aucun doute, il y a tout avantage à le faire dès le début de l'anthrax.

La perte de substance sera moins grande, la guérison sera plus rapide ; le malade bénéficie de la suppression précoce des douleurs et des phénomènes généraux. Reboul dit avoir pu obtenir, après extirpation complémentaire faite ainsi dès le début, une réunion primitive des lambeaux de peau suturés sur la surface cruentée.

L'extirpation est évidemment contre-indiquée lorsque l'anthrax est vidé du pus et lorsque les parties sphacélées se sont éliminées.

Etat général du malade

L'état général du malade, enfin, doit entrer en considération dans la discussion du traitement.

Le plus souvent l'état général constitue une indication à recourir à l'extirpation. Nous avons vu, en effet, l'influence favorable qu'exerce la méthode sur la température et les signes généraux. Cette action est si nette qu'on ne doit pas abandonner la partie dans les cas qui paraissent désespérés. Les observations de Lannelongue et Lœwy permettent d'espérer le succès.

La constatation du diabète chez le malade est encore une raison pour choisir l'extirpation de préférence aux autres méthodes, incomplètes, moins énergiques, qui ne mettent pas à l'abri des complications si faciles sur un terrain diabétique.

On ne s'abstiendra que lorsque l'état général, très mauvais, est sous la dépendance d'une maladie antérieure arrivée à un degré avancé, telle que tuberculose, cancer, etc.

CONCLUSIONS

Parmi les différents traitements locaux de l'anthrax, l'extirpation mérite donc d'être placée au premier rang.

Mieux que tous les autres procédés, elle soulage le malade de douleurs pénibles, et quelquefois intolérables ; d'une façon plus certaine, elle arrête l'extension de l'inflammation ; surtout, elle supprime une source d'infection et d'intoxication pour l'organisme, et prévient ainsi des complications souvent graves.

L'extirpation ne donne pas ces avantages, comme beaucoup le prétendent, au prix d'une mutilation et d'une guérison lente. Au contraire, celle-ci est rapide et la cicatrice consécutive à l'extirpation est généralement moins disgracieuse que celle qui est laissée par les autres traitements.

L'extirpation complémentaire de l'incision peut être appliquée à la plupart des anthrax.

L'extirpation totale, plus simple, plus rapide, plus efficace, mais suivie d'une perte de substance plus grande, devra être réservée aux anthrax de volume moyen de la nuque ou du dos, anthrax qui sont d'ailleurs, et de beaucoup, les plus fréquents.

OBSERVATIONS

Observation première

Professeur Lannelongue (Bulletin méd cal 1902).

1875. Vieillard. Anthrax volumineux de la face gagnant sur la paupière inférieure, et le bord de l'aile du nez, du côté droit, avec œdème considérable dans les régions avoi sinantes. Extirpation après ligature de la veine faciale entre deux fils, et résection de cette veine sur une longueur d'un centimètre environ. Guérison.

Observation II

Professeur Lannelongue (Bulletin médical 1902).

En 1893, anthrax de l'aisselle chez un médecin de Mezin. Etat désespéré. Extirpation. Le malade faillit succomber pendant l'opération, qui fut longue et nécessita la dissection des gros vaisseaux. Au bout de trois jours, hémiplégie avec maux de tête, qui firent penser à une infection localisée, peut-être à un abcès cérébral. Autres manifestations graves d'infection, avec localisations diverses. Guérison.

Observation III

Professeur Lannelongue (Bulletin médical 1902).

1898. L..., ingénieur, 25 ans ; anthrax de la face, avec induration profonde, œdème considérable du dos du nez. Etat très grave, progressant malgré les incisions pratiquées dans l'anthrax.

Extirpation. Perte de substance considérable à la suite de l'intervention. Guérison. Cicatrice aujourd'hui presque invisible.

Observation IV

Docteur Lœwy (Bulletin médical 1902).

Ch..., 65 ans ; anthrax de l'épaule droite, encastrant l'acromion, qu'on met à nu pendant l'opération, faite à Cochin, en 1900. Le malade, profondément intoxiqué, veut néanmoins être ramené chez lui dans l'après-midi. Lipothymie pendant le trajet. Guérison.

Observation V

Docteur Lœwy (Bulletin médical 1902).

B..., 78 ans. Anthrax énorme ayant envahi toute la nuque, violacé, d'une induration ligneuse. Situation désespérée. Le malade est dans un état de torpeur continue, et ne s'alimente plus. Température 39 degrés ; pouls 124. Battements du cœur sourds, bruit de galop, intermittences. Albumine dans les urines. Œdème de la face et des jambes.

Opération le 1er octobre 1901. Après l'opération, sérum : un litre le matin, un litre le soir.

Le lendemain, modification très nette dans l'état du patient, qui boit du lait, cause, s'assied sur son lit. Température et pouls normaux.

Le 5 octobre, l'empâtement a diminué, de même que la rougeur et la douleur. Les bords de l'incision sont recouverts d'une mince fausse-membrane jaunâtre. Pulvérisations phéniquées. Le 6 octobre, léger sub-délire.

Le 2 décembre, la cicatrisation est parfaite. L'état général est parfait ; une menace d'urémie s'était produite vers le 20 novembre, mais le malade, dès le 25, a pu reprendre sa vie normale.

Observation VI

(Extirpation totale)

Recueillie par M. Masini dans le service de M. Melchior Robert.

L..., artiste lyrique, âgé de 50 ans, de forte corpulence, diabétique, entre le 2 septembre 1905 à la salle Coulet, Hôpital de la Conception. Il présente dans la région dorsale, entre les omoplates, un volumineux anthrax de l'étendue d'un gros pain d'épice. La température est à 40° ; le pouls est rapide ; la langue est saburrale ; le malade se plaint de céphalalgie, de malaise général. Les urines contiennent une assez grande quantité de sucre.

La température, les phénomènes généraux persistent au moment de l'extirpation, qui est pratiquée par M. Melchior Robert, le 4 septembre, sous anesthésie chloroformique. L'intervention est faite sans hémorragie bien appréciable. Vingt-quatre heures après, la température est à 37 degrés, l'état général est satisfaisant. Le malade

quitte le service au bout d'un mois, complètement cicatrisé.

Observation VII

(Extirpation totale)

Recueillie par M. Masini, dans le service de M. Melchior Robert.

T..., femme de 45 ans, entre le 15 décembre 1905 pour un anthrax du volume de la paume d'une main, siégeant à la nuque et empiétant sur le cuir chevelu. L'état général est assez bon, mais la température est à 39°5 ; les urines ne contiennent pas de sucre.

L'extirpation est faite le lendemain, sous anesthésie chloroformique. Le surlendemain de son entrée, la malade a une température de 36°5. Sous l'influence des pansements à l'eau oxygénée, la plaie suit une marche régulière et progressive vers la cicatrisation. La malade quitte le service le quinzième jour, en très bonne voie de cicatrisation. Tout porte à croire qu'elle a dû guérir une semaine après sa sortie.

Observation VIII

(Extirpation totale)

Recueillie par M. Masini dans le service de M. Melchior Robert.

M..., 25 ans, entre à la salle Coulet le 5 janvier 1906, porteur depuis cinq à six jours d'un anthrax de la nuque du volume d'une mandarine. La température est à 38°5, l'état général assez bon. Pas de sucre. Les poumons présentent un peu d'induration aux sommets.

L'anthrax est extirpé le surlendemain. Les suites opératoires sont bonnes jusqu'au quinzième jour. La plaie

était à ce moment presque complètement cicatrisée, lorsque le malade fait une poussée bacillaire ; il est envoyé au pavillon des tuberculeux, où il meurt quelques mois après. La cicatrisation avait été retardée et était terminée un mois après l'opération.

Observation IX

(Extirpation totale)

M..., journalière, 59 ans, entre dans le service de M. le professeur Imbert le 6 novembre 1906. Elle présente un anthrax du volume d'une orange, qui a débuté une dizaine de jours avant. La tuméfaction est tendue, peu douloureuse, et présente trois cratères ; elle siège au niveau de la région sous-épineuse droite. Les urines sont normales.

Les jours suivants, elle tend à s'accroître, et l'induration persiste, ligneuse. L'extirpation est faite par M. Imbert, le 9 novembre. La malade quitte l'hôpital le 25 du même mois, presque guérie.

Observation X

(Extirpation totale)

P..., 48 ans, maçon, entre le 9 mars 1908 dans le service de M. Imbert. Il présente un volumineux anthrax du dos, à droite de la colonne vertébrale, entre les sixième et dixième vertèbres dorsales. La tumeur est perforée par quatre à cinq cratères.

M. Masini fait l'extirpation sous anesthésie générale au kélène. Les phénomènes généraux et la température

sont supprimés le lendemain. La plaie, pansée avec l'iodoforme, se répare rapidement. Le malade sort le 25 mars en très bonne voie de guérison. Il est revu le 5 avril, complètement cicatrisé. La durée totale du traitement a été de 25 jours.

Observation XI

M..., 51 ans, journalier, entre le 22 octobre 1908 dans le service de M. Imbert, pour anthrax de la nuque, de la surface de la paume de la main, avec une large escarre centrale, une température de 38°5 et des douleurs assez vives.

M. Masini pratique l'extirpation le 24 octobre, en se servant de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Le lendemain, chute de la température, cessation des douleurs ; la plaie bourgeonne parfaitement peu après l'opération.

Pour activer la guérison, on fait les greffes d'Ollier-Thiersch le 10 novembre. Les greffes ne prennent pas en totalité. Le 25 novembre, la guérison est complète. Le traitement a duré un mois.

Observation XII

(Extirpation totale)

B. G..., 55 ans, est vu le 5 octobre par M. Masini, qui constate, au niveau du côté gauche de la nuque, un anthrax de la largeur de la paume de la main. La tumeur empiète sur la région occipitale et provoque des douleurs lancinantes très fortes. L'état général est assez précaire.

La température est à 39°5 ; il y a du subdélire et de l'oligurie. Pas de sucre dans les urines.

M. Masini fait l'extirpation totale le 6 octobre, en se servant de l'anesthésie locale à la cocaïne. L'opération est parfaitement supportée. Le lendemain, la température est à la normale, les douleurs ont cessé. Le malade éprouve un grand soulagement. L'état général s'améliore rapidement les jours suivants ; les urines reprennent leur taux normal. Le malade est complètement guéri dans les premiers jours de novembre.

Observation XIII

(Extirpation totale)

C..., âgé de 30 ans, journalier des quais, se présente le 10 janvier 1910 à la consultation de M. Perrin, qui l'adresse à M. Masini. Il porte à la nuque, à droite, un anthrax du volume d'une petite paume de main. L'état général est bon.

M. Masini extirpe la tumeur après anesthésie locale à la stovaïne. Le malade ne souffre pas pendant l'opération. Une légère hémorragie en nappe est arrêtée par l'eau oxygénée. Le malade a été complètement guéri en une vingtaine de jours.

BIBLIOGRAPHIE

Arnozan, Lande, Maurange. — Sur deux cas d'anthrax guéris par les injections sous-cutanées d'acide phénique. J. de Méd. de Bordeaux, 1888-9.

Audié. — De l'anthrax au point de vue du traitement appuyé sur des statistiques. Thèse de Bordeaux, 1882.

Broca, Trélat, Salmon, Larrey. — Phlébite du pressoir d'Hérophyle et des sinus latéraux, provoquée par un anthrax de la nuque. Bull. Soc. Chir., Paris, 1865, p. 447-450.

Bougan. — De la destruction de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc, suivant le procédé de M. Polaillon, opposée aux autres méthodes de traitement. Thèse de Paris, 1892.

Bourotte. — Observations sur l'anthrax de la face. Th. de Paris, 1877.

Cougoureux. — De l'anthrax et de son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1865.

Codet. — Dissertation sur l'anthrax. Thèse de Paris, 1813.

Coffart. — Etude historique et critique du traitement de l'anthrax. Thèse de Paris, 1900-1901.

Chabbert. — De l'anthrax des lèvres, ses complications, son traitement. Thèse de Paris, 1877.

Davies-Cottey. — A severe case of anthrax, successfully treated by excision and the internal and external use of ipecacuanha. Lancet, London, 1897, p. 872.

Esselbrüggie. — Ueber Behandlung der Carbunkel durch Excision. Greisswald, 1896.

Faucon. — L'Anthrax. Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1879.

Faure (J.-L.). — Article « Furoncle et Anthrax ». Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

Gibson. — Excision of Anthrax. Ann. Surg., Phila., 1908, p. 123.

Guérin. — Traitement de l'anthrax par l'incision sous-cutanée. Bull. Acad. Méd., Paris, 1863.

— Bulletin Acad. Méd. Paris. Rapport de Gosselin, 1865, 6.

Gonzague. — Sur le traitement de l'anthrax par le thermocautère. Thèse de Paris, 1878.

Hutton. — A case of anthrax success willy treated by excision and mercurial irrigation. Lancet, London, 1891.

Imbert. — Traitement de l'anthrax par l'extirpation totale. Société de Chirurgie de Marseille, 1908.

Johnson. — A case of anthrax : excision of infected tissue. Recovery. Medical Record, New-York, 1891, 597.

Lecaille. — Considérations sur le traitement de l'anthrax. Thèse de Paris, 1890.

Le Fort. — Du traitement de l'anthrax par le procédé du curage. Bull. et Mém. Soc. de Chir., Paris, 1882.

Labbé. — Revue de chirurgie, 1881.

Lamarque. — De la non-intervention chirurgicale dans le traitement de l'anthrax. Thèse Paris, 1878.

Lœwy. — Technique de l'extirpation de l'anthrax. Bull. Méd. Paris, 1905.

Masini. — Traitement de l'anthrax par l'extirpation totale. Société de chirurgie de Marseille, novembre 1908.

Mitchell. — Case of cutaneous anthrax, treated without excision willy sclavo's anti anthrax serums : recovery. British Med., London, 1905.

Mammack. — A case of anthrax ; excision ; recovery. N.-Y. Med. Journ., 1897.

Parker. — On the extirpation of Carbuncle. Prov. Med. J. Leicester, 1893.

Riedel. — Die extirpation des karbunkels. Deutsche med. Wochenschr. Leipzig, 1891.

Reboul. — Du traitement de certaines variétés d'anthrax par l'extirpation. Echo Méd. Cévennes, Nimes, 1904.

Reissmann. — Carbuncles treated by the Bier method. Med. Times, New-York, 1908.

Trelat. — Art. Anthrax. Dictionnaire Dechambre.

Thomas. — Excision of Carbuncle. Liverpool M. Chir. J., 1895.

Tronchet. — Du traitement chirurgical de l'anthrax chez les diabétiques. Thèse Bordeaux, 1886-1887.

Verneuil. — Traitement de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée. Bull. Acad. Méd. Paris, 1888.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 19 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !